Datele dumneavoastra personale sunt prelucrate de OAMGMAMR filiala Constanta, in conformitate cu prevederile regulamentului UE nr. 679/2016, in scopul indeplinirii obligatiilor legale privind controlul si supravegherea exercitarii profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moasa si a profesiei de asistent medical, conform politicilor interne de prelucrare a datelor cu caracter personal.

APROBAT
Preşedinte

Către,

Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România - filiala Constanţa

Subsemnatul/a_____, membru/a al Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România - Filiala Constanţa, CNP_____, posesor/are al Certificatului de Membru cu seria _____, nr. _____, vă adresez rugamintea de a-mi aproba **incetarea suspendarii** calitatii de membru al OAMGMAMR filiala Constanţa, incepand cu data de _____, motivat de _____

Anexez prezentei cereri:

- ☐ Cazier judiciar in original
- ☐ Certificat de sanatate fizica si psihica
- ☐ Dovada reluarii activitatii (dupa caz)

Declar pe proprie răspundere că:
[ ] In conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016, imi exprim acordul fara echivoc pentru prelucrarea datelor cu caracter personal in scopul pentru care au fost solicitate si ma oblig sa aduc la cunostinta OAMGMAMR filiala Constanta, orice modificare a acestor date intermen de 30 de zile de la data aparitiei modificarii. Declar ca sunt de acord sa primesc notificari si/sau informari din partea OAMGMAMR filiala Constanta.

Telefon. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, e-mail _____

Data _____ Semnătura_____

Domnului Preşedinte al Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România-filiala Constanţa

*** Prin incetarea suspendarii din calitatea de membru va bucurati de toate drepturile si obligatiile ce decurg din aceasta - dreptul de exercitare a profesiei si obligatia de plata a cotizatiei.**

Am ridicat astazi, _____certificatul de membru seria _____ nr. _____

Numele si prenumele **Semnatura**

_____ _____